AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVEN-KLINIK
DER UNIVERSITÄT KIEL
(DIREKTOR: PROF. DR. STERTZ)

Beitrag zur Kasuistik der gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter (Pyknolepsie)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde bei der Hohen Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Vorgelegt von Walter Brix aus Flensburg

KIEL 1935

Nr. 124.
Rektoratsjahr 1935/36.
Referent: Prof. Dr. Stertz.
Korreferent: Prof. Dr. Braun.
Zum Druck genehmigt: Prof. Dr. L ö h r, Dekan.

Beitrag zur Kasuistik der gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter (Pyknolepsie).

Wenn wir in unserem Beitrage zur Kasuistik der gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter (Pyknolepsie) eben dieses Krankheitsbild betrachten wollen, so werden wir von vorneherein gezwungen, uns auch kurz mit anderen, diesem ähnlichen Krankheitsbildern zu beschäftigen: Affektepilepsie (B r a ţ), kindliche Migräne, orthostatisches Epileptoid (H u s l e r) u. a. Vor allem aber wird die genuine Epilepsie als wichtigste Krankheit, von der die Pyknolepsie zu trennen ist, in weitem Maße unser differentialdiagnostisches Interesse fesseln. Heute ist unter dem Gesichtspunkte der Eugenik eine Absonderung der Pyknolepsie von der Epilepsie noch als besonders wichtig in den Vordergrund gerückt. Bedenken wir dabei rückblickend, daß die Epilepsie, die „Krampfkrankheit", ursprünglich eine Summe von Krankheiten mitumfaßte, die heute als eigene Krankheitsbilder von der genuinen Epilepsie abgesondert sind und so den Begriff der genuinen Epilepsie auf ein immer engeres Gebiet beschränken. Man kann hierbei die Vorstellung haben, daß dieser Vorgang noch nicht abgeschlossen ist. Denn wenn wir als wesentliche Charakteristika der genuinen Epilepsie die Erblichkeit, insbesondere im Hinblick auf die „Mikroheredität", sowie die unausbleiblichen psychischen Veränderungen hervorheben, so finden wir doch immer wieder unter den als genuine Epilepsie diagnostizierten Fällen Krankheitsbilder, welche diese Merkmale nicht aufweisen. Eine der ursprünglich in das Gebiet der genuinen Epilepsie gerechneten Krankheiten ist die unseres Erachtens als Krankheitsbild sui generis anzusehende Pyknolepsie.

Eine kurze historische Betrachtung: Im Jahre 1880 hat G e l i n e a u eigentümliche Zustände von Bewußtseinsstörungen beschrieben, die als hervorstechendstes Merkmal ziemlich plötzlich einsetzendes Schlafbedürfnis unwiderstehlicher Art aufwiesen. Weiter sind dann von F r i e d m a n n zuerst Krankheitsbilder beschrieben, die er als das „narkoleptische Petit mal" als ein ganz für sich bestehendes Leiden erklärte. Hier wieder grenzte er den sogenannten „reinen Typus" ab, der charakterisiert ist durch „die besondere Art dieser Anfälle, ihre Harmlosigkeit in Rücksicht auf die Psyche der Kinder und vor allem das tatsächliche Ausbleiben vollausgeprägter epileptischer Insulte in Jahr und Tag". Diese Anfälle zeigen folgendes Zustandsbild: Gleichmäßig sich abspielende, bis zu 100 mal am Tage auftretende, einige Sekunden dauernde Unterbrechungen der Fähigkeit zu denken, zu sprechen, sich willkürlich zu bewegen. Die Augen sind meistens nach aufwärts gedreht, zwinkernde Bewegungen der Augenlider, Stehen- oder Sitzenbleiben in oft schwankender Stellung. Schlaffe Glieder. Nie Einnässen, Hinstürzen oder Zungenbiß. Nach Ablauf des Anfalls, der sich ohne vorherige Aura und ohne dem Kinde zum Bewußtsein zu kommen vollzieht, fahren die Befallenen in der vorherigen Beschäftigung fort, als wenn nichts geschehen wäre. Höchstens bemerken die Kinder, daß sie z. B. in einer Unter-

redung etwas „nicht mitbekommen“ haben. Friedmann stellt hierbei den Mangel an jeder psychischen Veränderung in den Vordergrund, welche ja gerade bei der Epilepsie über kurz oder lang unausbleiblich ist. Auch Heilbronner hebt hervor, daß trotz jahrelang bestehender kleiner Anfälle keine Einbuße an geistiger Fähigkeit eintritt. Weitere Arbeiten über diese kleinen Anfälle im Kindesalter erschienen unter anderen von dem Schüler Heilbronners Engelhard, von W. Cohn und von Sauer, welche einem Vorschlage von Prof. Schröder folgend für diese gehäuften kleinen Anfälle den Namen „Pyknolepsie“ vorschlug, der heute wohl der gebräuchlichste ist. Die Frage, ob es berechtigt ist, dieses Bild als morbus sui generis aufzustellen, das vor allem von der Epilepsie scharf zu trennen ist, wird heute von fast allen Autoren bejaht. Eigentlich nur Bolten hat sich ernstlich dagegen ausgesprochen. Alle Autoren geben aber auch zu, daß bei genauerer Untersuchung und vor allem bei Nachuntersuchungen es sich in einer Zahl der Fälle ergibt, daß ein ursprünglich als Pyknolepsie angesehenes Krankheitsbild doch einer der anderen differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehenden Gruppe zuzurechnen ist. Wir haben dieses voll bestätigt gefunden und ziehen daraus den Schluß, daß vor abgeschlossener Pubertät kein Fall von Pyknolepsie endgültig als solcher betrachtet werden darf.

Aus der Tatsache, daß die Pyknolepsie ein Krankheitsbild ist, das nur bei Kindern vorkommt, ergibt sich eine weitere Schwierigkeit. Wir haben eingangs erwähnt, wie sich aus dem ursprünglich weiteren Gebiete der „Krampfkrankheit‘ allmählich infolge weiterer Erkenntnisse und Erweiterung der Untersuchungsmethoden durch Absonderung die genuine Epilepsie herauskristallisierte. War diese Erkenntnis schon beim Erwachsenen ein Weg durch ungeheure Schwierigkeiten, so noch viel mehr beim Kinde. Denn im Kindesalter sind Krämpfe ein viel häufigeres Vorkommnis als beim Erwachsenen. Der echte große Krampfanfall bietet natürlich keine wesentlichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der Pyknolepsie. Aber umsomehr die Spielarten der Epilepsie: Petit mal, Ohnmachten, Absencen, Zitteranfälle, ja gelegentlich nur leichte Schwächeanfälle, die als in das Gebiet der genuinen Epilepsie gehörig bekannt sind. Stellen wir dem oben erwähnten Bilde des pyknoleptischen Anfalls die Beschreibung von Absencen entgegen: „Unter Absencen versteht man ganz rasch vorübergehende Bewußtseinsunterbrechungen, meist wenige Sekunden dauernd, ein plötzliches Abreißen des Bewußtseinsfadens mit Unterbrechung der Beschäftigung, des Gesprächs u.s.w. Vielfach bleibt alles unbemerkt seitens der Umgebung, manchmal fällt starre Bewegungslosigkeit auf, gelegentlich eine Ruckbewegung. Das Bewußtsein setzt rasch wieder ein, direkt an den Punkt vor der Lücke wieder anknüpfend; manchmal wird der mitten im Wort unterbrochene Satz vollendet. Die Abgrenzung vom Petit mal ist unscharf, das im Wesen nur eine etwas längere Absenz mit motorischer Reaktion darstellt. Diese abortiven Anfälle von Petit mal und Absenz sind gelegentlich bis zu 1000 an einem Tage beobachtet worden.“ (Weygandt, W., Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten.)

Bei der Aufstellung der zur Differentialdiagnose heranzuziehenden Krankheitsbilder folgen wir der Einteilung H o m b u r g e r s. Er rechnet als nicht zur genuinen Epilepsie gehörige Krämpfe und Anfälle des Kindesalters:

1. Die Gelegenheitskrämpfe,
2. Die respiratorischen Affektkrämpfe,
3. Die kindlichen Ohnmachten und das orthostatische Epileptoid (H u s l e r),
4. Vasovagale und diesen ähnliche Anfälle,
5. Die Pyknolepsie (gehäufte kleine Anfälle),
   Die Narkolepsie (G e l i n e a u),
   Der Lachschlag (O p p e n h e i m),
6. Die sogenannte Affektepilepsie (B r a tz),
7. Die kindliche Migräne.

Im Folgenden sollen nun Fälle beschrieben werden, die eine Erweiterung der Kasuistik der Pyknolepsie geben können. Es kann natürlich nicht Sinn der Arbeit sein, auf Grund dieser wenigen Fälle ein abschließendes Urteil über die Pyknolepsie abzugeben. Aber wir halten es für wichtig, den in den letzten Jahren veröffentlichten Fällen möglichst viele folgen zu lassen, um vorerst einmal ein größeres Material als Basis für eine letzte kritische Würdigung desselben zu suchen. Hat doch die Durchsicht der letzten 15 Jahre des Materials der Kieler Universitäts-Psychiatrischen- und Nervenklinik gezeigt, daß bei kritischer Betrachtung als reine Fälle von Pyknolepsie nur wenige übrigbleiben von einer größeren Anzahl Fällen, die aber durch zu abweichende Züge das Krankheitsbild so mannigfach gestalten, daß es nicht möglich ist, zu entscheiden, was nun „pyknoleptische“ Züge und was andere Krankheitszüge sind.

Hervorzuheben ist, daß jetzt, nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, die Aufstellung des gesonderten Krankheitsbildes der Pyknolepsie noch eine erhöhte Bedeutung erlangt hat und die Möglichkeiten einer frühzeitigen Diagnose gerade in diesem Zusammenhang im Interesse des Kranken und des Staates umfassend erörtert und erweitert werden müssen. So soll diese Arbeit vornehmlich den Zweck erfüllen, anhand der zu schildernden Fälle alle die Gesichtspunkte herauszuheben, die differentialdiagnostisch in Betracht kommen, vor allem gegenüber der Epilepsie als einer der wichtigsten vorwiegend erblich bedingten Nervenkrankheiten.

F a l l 1: St. Karl, Alter 12 Jahre.

Familienanamnese: 2 Tanten und 1 Onkel des Vaters waren nervenkrank. Großvater väterlicherseits Sonderling. Vater still und zurückgezogen. Mütterliche Familie ohne Besonderheiten. Keine Epilepsie in der Familie.

Eigenanamnese: Geburt normal, Entwicklung normal. Bisherige Krankheiten: Masern, Nesselfieber, Ziegenpeter, Grippe. Während des Zahnens dreimal Krämpfe gehabt. Bis zum 9. Lebensjahre häufig Bett-

nässen. Seit 5 Monaten werden Anfälle bei ihm beobachtet. Diese traten anfänglich einmal in der Woche, jetzt etwa zehnmal täglich auf. Sie bieten immer das gleiche Bild. Dauer 1—30 Sekunden. Plötzlich in einer Beschäftigung, auch oft während der Mahlzeit hört er in seiner Arbeit auf, sitzt mit offenen Augen da, reagiert nicht auf Anruf. Nach einigen Sekunden erwacht er wie aus einem Traum, spielt dann gleich weiter. Merkt selber in der Schule bisweilen, daß er das eine oder andere „nicht mitbekommen" hat. Keine Aura vorher. Nie Einnässen, nie Zungenbiß, nie Hinfallen, nie Zuckungen. Hat immer gut in der Schule mitkommen können, ist nie sitzen geblieben.

Befund: Normal entwickeltes, sehr sensibles 12jähriges Kind. Intelligenz dem Alter entsprechend. Innere Organe o.B. Augen: rechte Pupille entrundet. R/L: rechts Spur bei konzentrierter Beleuchtung, links besser, doch nicht sehr ausgiebig. R/C: links +, nicht sehr ausgiebig, rechts O. Augenhintergrund o.B. Neurologisch o.B. WaR: im Blut und Liquor O.

Behandlung: Luminal ohne Erfolg.

Nachuntersuchung: 23 Jahre alt. Seit dem 18. Lebensjahre Abnahme der Zahl der Anfälle, die in der Art des Ablaufs immer die gleichen blieben. Im 21. Lj. nur noch ganz vereinzeltes Auftreten. Seit 1½ Jahren gar keine Anfälle mehr. Ist jetzt im Arbeitsdienst tätig und fühlt sich körperlich und geistig völlig frisch.

Zusammenfassung:

Im Falle St. Karl besteht eine deutliche allgemein-psychopathische Belastung von der väterlichen Seite aus, ohne aber daß sich Anzeichen für eine Epilepsie in der Ascendenz finden ließen. Auch das Kind selber weist psychopathische Züge auf: Bettnässen bis ins 9. Lj. trotz guter Erziehung. Ausgeprägte psychische Empfindlichkeit. Im 11. Lj. zum ersten Male Anfälle beobachtet, die von Anfang an das typische Bild eines pyknoleptischen Anfalles bieten, sowohl in ihrem Ablauf, in der Häufigkeit ihres Auftretens als auch in der Gleichförmigkeit jedes Anfalls. Nie treten epileptische Züge auf. Vom 18. Lj. an Abnahme der Häufigkeit der Anfälle, im 21. Lj. sind sie völlig verschwunden. Der Verlauf des einzelnen Anfalles blieb bis zuletzt stets der gleiche. Es trat auch in keiner Weise eine psychische Veränderung auf. Körperlich und neurologisch bietet St. keine krankhaften Züge außer der Entrundung der rechten Pupille und der trägen Lichtreaktion. WaR im Blut und Liquor negativ. Man hat bei der ersten Untersuchung (12. Lj.) den Eindruck eines aufgeweckten, sehr sensiblen Kindes. Die weitere körperliche und geistige Entwicklung war völlig normal. Keine Beeinflussung durch Luminal.

Fall 2: T. Wilma, Alter 16 Jahre.

Familienanamnese: Vater war in den letzten Lebensjahren schwermütig. Kein Anhalt für Epilepsie in der Familie.

Eigenanamnese: Vor 1 Jahre Otitis media dextra. Anfälle im 8. Lj. zum ersten Male beobachtet. Bestehen derselben bis heute in unver-

änderter Form. Wenn der Anfall die Pat. im Stehen oder Sitzen befällt, so behält sie diese Stellung bei, fällt nie um. Was sie in der Hand hält, wird nicht fallen gelassen. Einige Sekunden steht sie wie träumend da, während dieser Zeit ist sie nicht ansprechbar. Nie sind Zuckungen aufgetreten, nie Einnässen oder Zungenbiß. Selber weiß sie nichts von dem Anfall. Keine Aura oder hinterher eine Erinnerung an den Anfall. Manche Tage sind anfallsfrei, an manchen Tagen bis zu 10 Anfälle. Dauer wenige Sekunden. Die Art des einzelnen Anfalles blieb stets dieselbe. Schulleistungen genügend, keine charakterlichen Absonderlichkeiten.

Befund: Normal entwickeltes schlankes Mädchen in genügendem E.Z. und K.Z. Intelligenz dem Alter entsprechend. Charakterlich unauffällig. WaR: O. Innere Organe o.B. Neurologisch o.B.

Nachuntersuchung: 20 Jahre alt. Bis zum Anfang des 17. Lj. traten die Anfälle auf, die zuletzt seltener wurden, nie aber in der Art ihres Ablaufs ein anderes Bild boten, als das oben geschilderte. Ist jetzt seit 3½ Iahren anfallsfrei. Keine Charakter- oder Intelligenzveränderungen. Fühlt sich frisch und gesund.

Zusammenfassung:

Im Falle T. Wilma finden wir in der Ascendenz, daß der Vater in den letzten Lebensjahren schwermütig war, also eine psychopathische Belastung im weiteren Sinne. Für Epilepsie ist kein Anhalt gegeben. Das erste Auftreten der Anfälle fällt in das 8. Lj. Der Anfall selber ist ein typischer pyknoleptischer Anfall. Die Häufigkeit des Auftretens schwankt in Perioden, die Ablaufsform bleibt stets die gleiche. Niemals Auftreten epileptischer Züge. Vom 16. Lj. an Seltenerwerden der Anfälle, die seit dem 17. Lj. ganz ausgeblieben sind. Keine Veränderung der Intelligenz oder des Charakters, gute körperliche und geistige Entwicklung. Fühlt sich frisch und gesund.

Fall 3: W. Ilse-Maria, 10 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater nervös. Sonst keine Nervenkrankheiten oder Charaktereigentümlichkeiten in der Familie bekannt. Insbesondere kein Anhalt für eine epileptische Belastung.

Eigenanamnese: Früher Masern und Mumps gehabt. Normale körperliche und geistige Entwicklung. Pat. ist aufgeweckt, oft wild, lernt gut in der Schule. Seit 2½ Jahren Anfälle: Bleibt mitten in einer Beschäftigung für einige Sekunden stehen, legt den Kopf zurück, blickt vor sich hin, schwankt leicht hin und her. Keine Aura, keine Beschwerden hinterher. Kein Hinfallen, Einnässen, Zungenbiß oder Zuckungen. Zahl täglich bis zu 30 mal. Seit Beginn der Anfälle kein Rückgang der Intelligenz oder andere psychische Veränderungen.

Befund: Zartgliederiges aufgewecktes Mädchen. Innere Organe o.B. Neurologisch o.B. WaR: O.

Behandlung: Xiphalmilch und Luminal ohne Einfluß auf die Anfälle.

Nachuntersuchung: 11 Jahre alt. Seit der Untersuchung vor einem Jahre keine Aenderung des Zustandes. Die Anfälle treten der Zahl und der Art ihres Ablaufs nach unter demselben Bilde auf, wie oben geschildert. Keine Aenderung der Intelligenz oder des Charakters feststellbar.

Zusammenfassung:

Im Falle W. Ilse-Maria liegt eine leichte nervöse Belastung von väterlicher Seite vor. Kein Anhalt für Epilepsie in der Familie. Die Entwicklung war normal. Es handelt sich um ein zartes, aufgewecktes, lebhaftes Mädchen. Körperlicher und neurologischer Befund o.B. Seit dem 7. Lj. treten die Anfälle auf, die der Zahl und Art ihres Ablaufs nach stets das gleiche Bild boten. Ein nachteiliger Einfluß auf die charakterliche und geistige Entwicklung des Kindes ist in den 3½ Jahren des Bestehens der Anfälle in keiner Weise zu bemerken. Das Kind ist jetzt 11 Jahre alt, die Anfälle bestehen unverändert. Nie sind epileptische Züge aufgetreten. Eine Beeinflussung der Anfälle durch Luminal wurde nicht erreicht. Für eine endgültige Beurteilung ist die Beobachtungszeit bisher zu kurz.

Fall 4: M. Ludwig, 7 Jahre alt.

Familienanamnese: Der Großvater väterlicherseits war Psychopath, der Vater nervös. Ueber sonstige Nervenerkrankungen oder degenerative Stigmata in der Familie ist nichts bekannt, insbesondere kein Anhalt für Epilepsie in der Familie.

Eigenanamnese: Bisherige körperliche und geistige Entwicklung gut. Hat keine besonderen Krankheiten gehabt. Seit einigen Monaten ist das Kind stärker gewachsen und im Sinne einer gesteigerten Lebhaftigkeit verändert. Ist sonst gut veranlagt und ganz robust. Seit ½ Jahre werden von den Eltern Anfälle beobachtet: Mitten in einer Beschäftigung tritt eine kurzdauernde Bewußtseinsstörung auf mit Unterbrechung der Tätigkeit. Keine Tonuserschlaffung, kein Erblassen. Bemerkt von dem Anfall selber nichts, keine Aura, keine Beschwerden hinterher. Dauer wenige Sekunden. Nie Hinstürzen, Krämpfe, Zungenbiß oder Einnässen. Zahl der Anfälle täglich 5—6. Auch in der Schule sind die Anfälle beobachtet worden.

Befund: Sehr lebhaftes, aufgewecktes, wohlerzogenes Kind. Leicht anregbar und interessiert. Guter E.Z. Innere Organe o.B. Neurologisch o.B.

Behandlung: Ausschalten aller Anregungen, täglich ½ Stunde Mittagsruhe. Luminaletten. Daraufhin kein therapeutischer Erfolg. Deshalb Milieu- und Klimawechsel (1500 m Höhe). Dort sind die Anfälle ganz fortgeblieben. Nach der Rückkehr traten ganz vereinzelte Anfälle wieder auf, aber wesentlich seltener wie früher.

Nachuntersuchung: 9 Jahre alt. Noch ganz seltenes Auftreten der gleichen Anfälle. Weitere körperliche und geistige Entwicklung sehr gut.

Zusammenfassung:

Im Falle M. Ludwig besteht eine allgemeinpsychopathische Belastung von seiten der väterlichen Vorfahren. Ein Anhalt für Epilepsie ist in der Familie nicht gegeben. Die Entwicklung des Kindes spielte sich in gehobenem Milieu ohne jede Störung ab. Körperliche und geistige Veranlagung ausgesprochen gut. Im 7. Lj. werden zum ersten Male typische Anfälle beobachtet. Gleichzeitig fällt ein stärkeres Wachstum auf sowie die Tatsache, daß das Kind in den letzten Monaten eine gesteigerte Lebhaftigkeit zeigt. Epileptische Züge traten nie auf. Der Befund zeigt ein lebhaftes, aufgewecktes Kind ohne körperliche und neurologische Besonderheiten. Nachdem eine Therapie mit Luminal längere Zeit hindurch erfolglos geblieben war, wurde das Kind in ein verändertes Klima gebracht. Hier hörten die Anfälle sofort auf, um nach der Rückkehr auch nur noch erheblich seltener aufzutreten wie vordem. Die weitere körperliche und geistige Entwicklung war völlig normal. Auch hier ist die Beobachtungszeit für eine endgültige Beurteilung noch zu kurz.

Fall 5: K. Werner, 6 Jahre alt.

Familienanamnese: Großvater hat „Nervenzusammenbruch“ gehabt. Sonst kein Anhalt für Nervenkrankheiten oder Eigentümlichkeiten in der Familie. Keine Epilepsie bekannt.

Eigenanamnese: Nie ernstlich krank gewesen. Vor einem Jahre vom Wagen gefallen, keine Folgen des Unfalls. Seit einem halben Jahre Anfälle: Hält plötzlich in der Beschäftigung inne, schwankt leicht hin und her, starrt vor sich hin. Fällt nicht um, knickt auch nicht ein. Keine Zuckungen, kein Einnässen oder Zungenbiß. Nach wenigen Sekunden fährt er in der anfänglichen Beschäftigung fort, als sei nichts vorgefallen. Bemerkt weder vor noch nach dem Anfall irgend etwas davon. Stets gleiches Zustandsbild, reagiert im Anfall nicht auf Anruf. Dauer wenige Sekunden, Zahl täglich 10—20 mal.

Befund: Aufgewecktes, lebhaftes, zuweilen ungezogenes Kind. Intelligenz dem Alter entsprechend. Innere Organe o.B. Neurologisch o.B. Blut WaR: nicht ganz sicher negativ.

Behandlung: mit Prominal ergibt eine Verringerung der Zahl der Anfälle.

Nachuntersuchung: 8 Jahre alt. Nach der Untersuchung im 6. Lj. bald Aufhören der Anfälle, die bis heute nicht wieder aufgetreten sind. Weiter gute körperliche und geistige Entwicklung. Keine Charakterveränderungen.

Zusammenfassung:

Im Falle K. Werner besteht eine leichte Belastung väterlicherseits. Für Epilepsie in der Familie kein Anhalt. Das Kind ist im 5. Lj. vom Wagen gefallen. Nach einem halben Jahre Beginn der Anfälle, die das typische Bild eines pyknoleptischen Anfalles boten. Bis heute, also 3 Jahre nach dem Unfall, kein Anhalt für Epilepsie, auch nicht für eine eventuelle traumatische. Die Anfälle selber boten immer das gleiche

Bild, waren während der 20tägigen Behandlungsdauer durch Prominal etwas zu beeinflussen, ohne aber in ihrer Ablaufsform irgendeine Veränderung zu zeigen. Somatischer und neurologischer Befund o.B. Blut WaR nicht ganz sicher negativ. Die Anfälle bestanden etwa ein Jahr lang und sind seit 1½ Jahren nicht mehr aufgetreten. Körperliche und geistige Entwicklung gut. Auch hier ist eine endgültige Beurteilung infolge noch zu kurzer Beobachtungszeit nicht möglich.

Fall 6: O. Elly, Alter 12 Jahre.

Familienanamnese: Großvater väterlicherseits und Vater sehr leicht erregbar, brutal. Kein Anhalt für Epilepsie in der Familie.

Eigenanamnese: Pat. ist die älteste von drei gesunden Geschwistern. Frühere Erkrankungen: Masern, Windpocken. Seit dem 8. Lj. Anfälle. Diese traten anfangs nur vereinzelt, jetzt bis zu 40 mal täglich auf. Dauer einige Sekunden. Bleibt auf der Stelle, wo sie gerade ist, ein paar Sekunden stehen, die Arme etwas steif vom Körper abgehalten. Dann geht ein Aufschrecken durch den Körper und sie fährt in der anfänglichen Beschäftigung an der Stelle fort, an welcher sie durch den Anfall unterbrochen wurde. Nie Hinstürzen, Zuckungen, Einnässen oder Zungenbiß. Keine Aura, keine Beschwerden nach dem Anfall, von dem sie selber gar nichts bemerkt. Geistige Entwicklung mäßig, geht in die Förderschule.

Befund: 12jähriges Kind in gutem E.Z. Innere Organe o.B. Neurologisch o.B. Intelligenzalter nach Binet-Simon 11 Jahre. WaR im Blut negativ. Im Anfall, der mehrmals beobachtet wurde, besteht Pupillenstarre. Hyperventilationsversuch: Nach 7 Minuten Absenz: Pat. blickt einen Augenblick starr vor sich hin, atmet dann auf Aufforderung sofort weiter. Dauer 3 Sekunden.

Behandlung: Luminal ohne Erfolg.

Nachuntersuchung: 19 Jahre alt. Seit dem 14. Lj. allmählich selteneres Auftreten der Anfälle, zuletzt nur noch nach Aufregungen. Seit über einem Jahre anfallsfrei. Befindet sich zurzeit in Stellung als Hausmädchen, macht ihre Arbeit ohne Schwierigkeiten. Eher Besserung der Intelligenz, keine Charakterveränderungen.

Zusammenfassung:

Im Falle O. Elly finden wir in der väterlichen Ascendenz eine allgemeinnervöse Belastung, aber keinen Anhalt für Epilepsie in der Familie. Der Beginn der Anfälle liegt im 8. Lj., um bis in das 14. Lj. in unveränderter Art des Ablaufs bestehen zu bleiben. Im 14. Lj. beginnt ein langsames Abnehmen der Häufigkeit der Anfälle, die seit dem 18. Lj. ganz fortgeblieben sind. Eine Veränderung des Charakters oder der Intelligenz ist eher im günstigen Sinne festzustellen. Die Anfälle selber sind typisch in der Art ihres Ablaufs sowie der Regelmäßigkeit ihrer Erscheinungsform. Nie sind Zuckungen oder andere epileptische Züge aufgetreten. Auffällig ist allerdings die im Anfalle mit Sicherheit beobachtete Pupillenstarre. Durch Hyperventilation (7 Min.) ließ sich ein Anfall von 3 Sekunden Dauer auslösen. Der körperliche und neu-

rologische Befund, einschließlich der Wassermannreaktion im Blut und Liquor, ist normal. Die von A. Homburger als typisch für pyknoleptische Kinder bezeichnete gut ausgebildete Intelligenz liegt in diesem Falle unter Durchschnitt. Eine Beeinflussung der Anfälle durch Luminal wurde nicht erreicht. — Hier bestehen trotz des für Pyknolepsie charakteristischen Verlaufs des einzelnen Anfalles sowie des ganzen Krankheitsbildes Zweifel an der Diagnose, da die geringe intellektuelle Entwicklung, die Pupillenstarre im Anfall, sowie die Möglichkeit der Anfallsauslösung durch Hyperventilation nicht in das Gebiet der Pyknolepsie gehören.

Fall 7: U. Lisa, 13 Jahre alt.

Familienanamnese: Mutter leidet viel unter Migräne. Sonst keine Nervenkrankheiten bekannt, Epilepsie ist in der Familie nicht vorgekommen.

Eigenanamnese: Früher Masern und Windpocken gehabt. Normale körperliche und geistige Entwicklung. Hat in den ersten Schuljahren viel unter anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen gelitten. Gute Schülerin. Seit dem 8. Lj. Anfälle: Mitten im Spiel ist sie plötzlich abwesend, nicht ansprechbar, zwinkert mit den Augen und spricht unverständliche Worte wie „föm, föm". Keine Zuckungen, kein Hinstürzen, kein Einnässen, kein Zungenbiß. Vorher keine Aura, hinterher keine Erinnerung oder Beschwerden. Fährt dann in der anfänglichen Beschäftigung fort, als wenn nichts geschehen wäre. Dauer 3—10 Sekunden. Täglich 10—12 Anfälle.

Befund: Großes schlankes Mädchen. Macht sehr aufgeweckten Eindruck. Innere Organe o.B. Lebhafter Dermographismus. Neurologisch o.B. Ist Linkshänder. WaR: im Blut und Liquor negativ.

Nachuntersuchung: 14 Jahre alt. Noch täglich 4—5 Anfälle. Die Augen machen dabei abwesenden Eindruck, der Mund macht Bewegungen, als wenn etwas abgeschmeckt würde, der Körper schwankt leicht hin und her. Sonst ist das Kind gesund und rege. Lernt gut in der Schule.

Zusammenfassung:

Im Falle U. Lisa besteht eine Belastung von seiten der Mutter (Migräne). Auch das Kind selber litt in den ersten Schuljahren viel unter anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen. Kein Anhalt für epileptische Anfälle. Die „pyknoleptischen" Anfälle bestehen seit dem 8. Lj. Sie sind im 14. Lj. (letzte Nachuntersuchung) deutlich an Zahl zurückgegangen, bestehen aber noch in unveränderter Form ihres Ablaufes. Ein ungünstiger Einfluß der Anfälle auf die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes ist nicht festzustellen, es ist sogar ein aufgewecktes, auffallend frisches Mädchen. Im Anfalle bestehen oft schmatzende Mundbewegungen und Murmeln stereotyper Worte. — Hier besteht der Verdacht eines Ueberganges zum Petit mal. Dafür spricht die erbliche Belastung (Migräne) sowie die Weiterentwicklung des einzelnen Anfalls, der über den Rahmen des einförmig verlaufenden pyknoleptischen Anfalls herausgeht.

Fall 8: H. Karl-Heinz, 7 Jahre alt.

Familienanamnese: Väterliche Ascendenz o.B. Mütterliche Ascendenz nicht bekannt. Eltern gesund, 5 gesunde Geschwister.

Eigenanamnese: Früher nicht ernstlich erkrankt gewesen. Beginn der Anfälle nicht bekannt, sie bestehen aber bereits längere Zeit. Sie erscheinen unter dem Bilde einer kurzen Tätigkeitsunterbrechung. Dabei werden die Bulbi für den Bruchteil einer Sekunde stark nach oben gedreht. Sachen, die in der Hand gehalten werden, fallen oft heraus. Das Kind selber stürzt nie hin, nie Zuckungen, Einnässen oder Zungenbiß. Dauer 1 Sekunde, Anfallszahl etwa 6 täglich. Weiß selber nichts von den Anfällen, keine Aura, keine Beschwerden hinterher. Wenn der Anfall das Kind beim Essen überrascht, kaut es dabei ruhig weiter. Anfallsverlauf stets in der gleichen Form. Gute Schulleistungen.

Befund: Keckes, oft unartiges Kind in genügendem E.Z. und K.Z. Innere Organe o.B. Neurologisch o.B. Intelligenz dem Alter entsprechend. WaR: negativ.

Behandlung: Spricht auf Coffein und Luminaletten (3 mal 3 tgl.) nicht an. Erst unter großen Luminaldosen (3 mal 0,1 tgl.) hören die Anfälle allmählich ganz auf.

Nachuntersuchung: 15 Jahre alt. Inzwischen nicht krank gewesen. Seit der Behandlung im 7. Lj. sind nie wieder Anfälle aufgetreten. Körperliche und geistige Entwicklung gut.

Zusammenfassung:

Im Falle H. Karl-Heinz ist eine erbliche Belastung nicht bekannt. Allerdings konnte über die mütterliche Familie auch keine Auskunft gegeben werden. Beginn der Anfälle etwa im 5. Lj. Die Anfälle boten immer das Bild eines pyknoleptischen Anfalles, sowohl der Häufigkeit, wie auch dem Ablaufsbilde nach. Auf große Luminaldosen hin gehen sie im 7. Lj. nach zweijährigem Bestehen allmählich zurück und sind bis heute (15. Lj.) nicht wieder aufgetreten, doch halten wir den bis heute anhaltenden Erfolg der Luminaltherapie im 7. Lj. für sehr außergewöhnlich bei dem Bilde der Pyknolepsie.

Fall 9: F. Heinrich, 8 Jahre alt.

Familienanamnese: Großvater väterlicherseits Potator. Der Vater sowie eine Schwester des Vaters haben Krämpfe.

Eigenanamnese: Geburt normal. Als Kleinkind Zahnkrämpfe, einmal Urticaria, sonst nie krank gewesen. Seit 6 Wochen werden Anfälle beobachtet. Diese bestanden anfangs nur in ganz kurzem, sekundenlangem, starrem Augenausdruck. Jetzt im Anfall tonischer Krampf in den Beinen, heftiger Nystagmus, der dann einer extremen Augenfixierung nach rechts oben weicht. Pupillen anfangs stark verengt, dann erweitert. Lichtreaktion im Anfall negativ. Gesichtsfarbe erst etwas cyanotisch, dann blaß. Keine Zuckungen, kein Einnässen, kein Zungenbiß. Dauer 30 Sekunden. Täglich etwa 15 Anfälle. Vor dem Anfall hört F. „Rummeln", leidet gelegentlich an Mikropsie. Ist nach dem Anfall gereizter

Stimmung. Weiß von dem Anfall selber nichts. Ist seit dem Beginn der Anfälle deutlich weinerlicher und gereizter Stimmung, das ganze Wesen verlangsamt.

Befund: Innere Organe o.B. Neurologisch o.B. WaR: negativ. Sehr langsam in seinen Bewegungen, fängt leicht an zu weinen.

Behandlung: Brom, Luminal tgl. 0,1. Deutlicher Rückgang der Zahl der Anfälle.

Nachuntersuchung: 20 Jahre alt. Hat in den letzten 10 Jahren keine Anfälle mehr gehabt. Seit 5 Wochen wieder Anfälle. Anfänglich wiederum nur sekundenlanges Stieren, hat solche Zustände sogar beim Motorradfahren gehabt, ohne dabei zu Fall gekommen zu sein. Dann immer häufigere Anfälle, jetzt bis zu 40 tgl. Auch leichte Zuckungen. Ist in seinen Bewegungen und im Gedankenablauf merklich verlangsamt. Nach dem Anfall stechender Schmerz in den Schläfen. — Vorübergehender Erfolg einer Lumbalpunktion.

Zusammenfassung:

Im Falle F. Heinrich, der als Beispiel für die Entwicklung eines epileptischen Krankheitsbildes gewählt ist, besteht eine deutliche epileptische Belastung von seiten der väterlichen Ascendenz. Erstes Auftreten der Anfälle im 8. Lj. mit Aura, keine Zuckungen. Nach dem Anfall besteht deutliche Reizbarkeit. Innerhalb der erst 6 Wochen betragenden Zeit seit Beginn der Anfälle ist bereits eine deutliche Veränderung im Sinne der körperlichen und geistigen Verlangsamung eingetreten. Behandlung mit Luminal führt zu deutlichem Rückgang der Anfallszahl. Freies Intervall vom 10. bis 20. Lj., dann Wiederauftreten der Anfälle, die jetzt mit Zuckungen verbunden sind. Macht jetzt, 5 Wochen nach Wiederauftreten der Anfälle, stark gehemmten Eindruck, ist umständlich, pedantisch. Im Anfalle gelegentlich automatische Fortsetzung von im Gange befindlichen Handlungen (Motorradfahren). Zur Sterilisation gemeldet.

Beurteilung.

Bei der Betrachtung dieser geschilderten Fälle kommen wir, wie auch die meisten Autoren heute, zu dem Urteil, daß sicher nicht alle gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter auf epileptischer Basis zustande kommen, sondern daß eine Zahl der Fälle von den epileptischen Anfällen abzutrennen ist und ein hauptsächlich den Entwicklungsjahren eigenes, nervös-psychopathisches Stigma darstellt, das nicht eigentlich als Krankheit bezeichnet werden kann. Es ist aber immer von den Gegnern der Abgrenzung dieser Anfälle von dem Krankheitsbilde der Epilepsie darauf hingewiesen worden, daß bei genauerer Betrachtung die als Pyknolepsie angeführten Fälle einer anderen Krankheitsgruppe zuzuweisen sind (Hysterie und vor allem den rudimentären Formen der Epilepsie). Und in einem Teil der Fälle trifft dieses auch sicherlich zu, nämlich da, wo sich nach einer Reihe von Jahren doch noch weitere Krankheitszüge herausbilden, die die Diagnose „Epilepsie“ rechtfertigen (Krämpfe, Verstimmungen, Pedanterie, Haften, Nachlassen des Intellekts). Aus diesem

Grunde ist in den meisten Fällen, welche die Pubertätsgrenze noch nicht überschritten haben, die Diagnose „Pyknolepsie" nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen, wie auch unsere Fälle 3, 4, 5 und 7 noch weiterer Nachuntersuchung bedürfen, bevor hier ein endgültiges Urteil gesprochen werden kann. Andererseits erstreben wir gerade die möglichst frühzeitige Diagnose, da dieselbe hier von weittragender Bedeutung für die Prognose ist. Ist dieselbe doch in dem einen Falle sehr günstig, wenn es sich nämlich um Pyknolepsie handelt, während die Prognose der Epilepsie ausgesprochen ungünstig ist. Auch unter dem eugenischen Gesichtspunkte gewinnt die Frühdiagnose erneute Bedeutung. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verlangt Sterilisierung bei erblicher Epilepsie; die Pyknolepsie dagegen fällt als eine Teilerscheinung einer neuro-psychopathischen Disposition nicht unter dieses Gesetz. Unsere Aufgabe soll es daher sein, in dieser Beurteilung unserer Fälle die Merkmale hervorzuheben, die differentialdiagnostische Folgerungen zulassen (speziell gegenüber der Epilepsie).

Beim Durchgehen der Anamnesen fällt auf das Fehlen jeder speziell epileptischen Belastung der Ascendenz, während außerordentlich häufig eine mehr oder weniger ausgeprägte psychopathische Belastung im weiteren Sinne des Wortes in der Familie vorhanden ist. Diese fehlt bei unseren Fällen in nur einem (Fall 8) völlig. Hier ist aber über die mütterliche Familie auch gar nichts bekannt. Dagegen finden wir in Fall 7 eine immerhin auf Epilepsie im weiteren Sinne verdächtige anamnestische Angabe: Die Mutter litt viel unter Migräne. Dieser Fall bietet aber auch sonst mehrere Eigentümlichkeiten, die ihn als wenigstens epilepsieverdächtig erscheinen lassen. (Linkshändigkeit, anfallsweise Kopfschmerzen in den ersten Schuljahren, Mundbewegungen im Anfall). Gewiß gehören psychopathische Züge auch in das Gebiet des epileptischen Erbkreises, aber wir halten dieses Fehlen von speziell epileptischen Zügen bei einer im übrigen vorhandenen allgemeinpsychopathischen erblichen Belastung für ein wesentliches Merkmal in der Anamnese unserer pyknoleptischen Kranken. Sehen wir im Fall 9 demgegenüber die Vorgeschichte eines Epileptikers, so finden wir, daß der Vater sowie eine Schwester des Vaters an Krämpfen gelitten haben. Diese Tatsache, daß in der Ascendenz wirkliche Krämpfe bereits bestanden haben, finden wir bei Epileptikern nicht selten, während sie bei der Pyknolepsie nach unserer Erfahrung völlig fehlen. V o l l a n d fand, daß in $^2/_3$ seiner Fälle von Epilepsie bei Blutsverwandten in der Ascendenz Krämpfe aufgetreten waren, ein allerdings ungewöhnlich hoher Anteil. Rechnet man hierzu noch Stigmata wie die Linkshändigkeit, Stottern, Migräne u. a., so erhöht sich die Prozentzahl noch weiter. Bei Pyknoleptischen kommen keine speziell epileptischen Züge in der Ascendenz vor; treten sie auf, so ist der Fall wahrscheinlich doch der Epilepsie zuzurechnen.

Fragen wir uns, was für Kinder uns als pyknoleptische Patienten begegnen, so müssen wir feststellen, daß die aufgeweckten, lebhaften, phantasiereichen, gut begabten Kinder vorzuherrschen scheinen. Bei unseren Untersuchungen zeigten alle Kinder dieses Bild mit Ausnahme von Fall 6. A. H o m b u r g e r sagt: „Dieser Typus der motorisch ex-

pressiven, vorlauten, geistig beweglichen, zum Teil frühreifen und überdurchschnittlich befähigten Kinder scheint unter den Pyknoleptischen, die sich später als geheilt erwiesen, zu überwiegen.“

Gerade je länger die Anfälle bereits bestehen, desto eher wird man hier differentialdiagnostische Schlüsse ziehen können. Denn, und hiermit kommen wir zu einem weiteren wichtigen Punkte, die Epileptiker zeigen nach einer gewissen Zeit eine mehr oder weniger ausgeprägte Veränderung der gesamten seelischen Reaktionsweise, die wir epileptische Degeneration nennen. Sie sind reizbar, mißtrauisch, rücksichtslos, frömmelnd, in ihren Gedankengängen oft haftend und von auffälliger Umständlichkeit. Bei unseren Fällen ist diese Veränderung ausgeblieben. Und doch bestehen hier die Anfälle zum Teil seit vielen Jahren und in außerordentlich häufiger Zahl. Wenn trotzdem keine Einbuße der Intelligenz, keine Wesensveränderungen aufgetreten sind, so ist das ein auffälliges und wichtiges Symptom. Auch F r i e d m a n n, H e i l b r o n n e r und S a u e r heben dieses Ausbleiben der Einbuße geistiger Fähigkeiten trotz jahrelang bestehender kleiner Anfälle ausdrücklichst hervor. Unser Fall 9 dagegen, der ein Krankheitsbild der Epilepsie zeigt, bietet diese degenerativen Züge deutlich.

Die Anfälle selber bieten insofern ein charakteristisches Bild, als sie von einer derartigen Gleichförmigkeit in ihrem Ablauf sind, daß ein Anfall die getreue Wiedergabe des vorhergehenden ist. Bei der Häufigkeit und der zeitlichen Ausdehnung über viele Jahre, während der die Anfälle bestehen, ist diese absolute Einförmigkeit des Anfallsbildes außerordentlich eindrucksvoll. F r i e d m a n n sagt von dem pyknoleptischen Anfall: „Wir wissen heute von ihm, daß er mit erstaunlicher Einförmigkeit und Gleichmäßigkeit verläuft, daß die Anfälle stets den gleichen Typus des einfachen Versagens der höheren Denk- und Willenfunktionen an sich tragen; und wir dürfen heute mit Sicherheit aussprechen, daß diese Anfallsformen von der Epilepsie grundsätzlich zu trennen sind.“ Gerade bei der Epilepsie verhält sich dieses anders. Diese Krankheit zeigt ihre Progredienz außer in der erwähnten geistigen Degeneration auch in der Ausgestaltung ihrer Anfälle. Wenn hier gehäufte kleine Anfälle (Absencen) auf epileptischer Basis auftreten, welche zuerst als pyknoleptische Anfälle imponieren, so werden wir bei genauerer Beobachtung bald Züge finden, die von der Gleichförmigkeit des Anfalls, wie sie der Pyknolepsie eigen ist, abweichen. Hierher gehörig wäre wahrscheinlich Fall 7: Zwinkert mit den Augen und spricht unverständliche Worte, wie „Föm, Föm“. Bei der Nachuntersuchung (1 Jahr später) wird beobachtet, wie der Mund im Anfall Bewegungen macht, als wenn etwas abgeschmeckt wird. Wir haben auch bereits bei der Besprechung der erblichen Verhältnisse darauf hingewiesen, daß dieser Fall epilepsieverdächtig erscheint und wollen jetzt hervorheben, daß schon diese vorhandene geringe Ausgestaltung der Anfälle den Verdacht nahelegt, daß bereits epileptische Züge hereinspielen. Die Beobachtungszeit ist für eine endgültige Beurteilung noch zu kurz. Bei deutlicheren Krampfsymptomen ist die Diagnose „Pyknolepsie“ von vorneherein auszuschließen.

Weiter konnten wir feststellen, daß keinem unserer Kranken die Anfälle durch Vorboten in Form irgendwelcher Sensationen oder durch Erscheinungen nach dem Anfall zum Bewußtsein gebracht wurden. Lediglich, daß in einem Gespräche etwas „nicht mitbekommen wurde", zeigte gelegentlich den Kindern, daß sie einen Augenblick „nicht aufgepaßt" hätten. Anders bei den Anfällen epileptischer Ätiologie. Wenn es auch bei den rudimentären Formen nicht immer zu den Erscheinungen einer Aura kommt, wie sie uns z. B. Fall 9 bietet, so besteht doch im allgemeinen nach dem Anfall eine Beeinträchtigung der Stimmung, die hier mit der Häufigkeit der Anfälle wächst. Diese kann von leichten Kopfschmerzen bis zur hochgradigen Verstimmung wechseln.

Die Häufigkeit der Anfälle ist in unseren Fällen 1, 2, 3, 6 und 7 recht konstant, um zur Zeit der Pubertät, soweit sie bereits erreicht ist, allmählich an Häufigkeit abzunehmen und endlich ganz fortzubleiben. Fall 4 zeigt ein Seltenerwerden der Anfälle nach Wechseln des Klimas und der Umgebung. Hierauf werden wir noch bei der Besprechung der Therapie zurückkommen. Fall 5 zeigt ein Aufhören der Anfälle im 6. Lebensjahre. Da bis zur letzten Nachuntersuchung nur ein Zeitraum von 1½ Jahren dazwischenlag, das Kind jetzt erst 8 Jahre alt ist, halten wir es für möglich, daß die Anfälle wieder auftreten können, da ein periodisches An- und Abschwellen der Anfälle nach Sauer vorkommen soll. Eine besondere Stellung nimmt Fall 8 ein, wo nach erfolgreicher Luminalbehandlung im 7. Lebensjahre die Anfälle bis heute (15. Lj.) ganz ausgeblieben sind.

Sauer betont weiter, daß wahrscheinlich ein Sistieren der Anfälle zur Zeit der Pubertät eintritt. Dieses haben wir in unseren Fällen 1, 2 und 6 bestätigt gefunden. Im Falle 7 ist das Mädchen bereits 14 Jahre alt, in letzter Zeit sind die Anfälle deutlich an Zahl zurückgegangen. Hier kann man also sehr wohl ebenfalls ein Aufhören der Anfälle nach abgeschlossener Pubertät annehmen, doch bestehen hier die oben angeführten Einschränkungen bezüglich der Diagnose. Fall 3 und 5 kann noch nicht abschließend beurteilt werden, da die Pubertätsgrenze noch nicht überschritten ist. In ihrem bisherigen Verlaufe bieten sie aber keinen Widerspruch. Fall 8 bietet infolge seines jetzt 8 Jahre anhaltenden therapeutischen Erfolges ein besonderes Bild. Es liegt nahe, bei diesem Sistieren um die Pubertätszeit an hormonale Einflüsse zu denken, wissen wir doch, daß diese Zeit wegen der damit verbundenen körperlichen, vor allem innersekretorischen Umwälzung starken Einfluß auf die Psyche des Menschen ausübt.

Der Beginn der Anfälle liegt in unseren Fällen zwischen dem 6. und 8. Lebensjahre. Nur Fall 1 bietet eine Ausnahme, da hier die Anfälle zum ersten Male im 12. Lebensjahre beobachtet wurden. Bei der Epilepsie hingegen liegt der Zeitpunkt des Beginns früher. Hier liegt nach Beobachtungen Hombergers und Huslers der Höhepunkt des Anfallbeginns im 4. Lebensjahre; darnach fällt die Kurve steil ab.

Die Frage der therapeutischen Ansprechbarkeit zur differentialdiagnostischen Auswertung wird in der Literatur widerspruchsvoll behandelt. Friedmann hält die mangelnde Brom- und Luminalwir-

kung für ein wichtiges, gegen Epilepsie sprechendes Zeichen. Cohn dagegen ist der Ansicht, daß fehlende Bromwirkung differentialdiagnostisch gegenüber den nicht epileptischen Absenzen nicht zu verwerten ist. Wir schließen uns dem Urteil Friedmanns an. Unsere Fälle sprechen gar nicht oder nur ganz gering (Fall 5) auf Luminal an. Fall 8, der eine deutliche Besserung nach Luminalbehandlung zeigt, bietet deshalb unserer Ansicht nach ein außerordentlich ungewöhnliches Bild. Hingegen halten wir Klima- und Milieuwechsel für ein wirkungsvolles Therapeutikum. Dieses zeigt uns Fall 4 sehr schön. Ob hier die veränderten klimatischen Verhältnisse oder die mit der Versetzung in andere Umgebung bedingte Aenderung des Milieus und der gesamten Lebensweise die ausschlaggebende Rolle spielen, wollen wir nicht entscheiden. Wir wollen nur kurz erwähnen, daß man bei Keuchhusten ähnliche Erfolge durch Wechsel von Umgebung und Klima beobachtet hat. Vor allem aber ist es wichtig, dafür zu sorgen, daß dem Kinde möglichst wenig Anregungen von außen zufließen, zumal es sich bei den Pyknolepsiekranken fast nur um besonders lebhafte und aufgeweckte Kinder handelt.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß die Prognose der Pyknolepsie eine gute ist, da ja gerade der günstige Verlauf sie ganz wesentlich von der Epilepsie unterscheidet.

Wir fassen also folgendes zusammen, indem wir positive und negative Punkte für die Diagnose aufstellen:

Positiv:	*Negativ:*
Die Kinder sind allgemein-psychopathisch belastet,	Fehlen jeder epileptischen Belastung einschließlich der sogenannten „Microheredität“.
sie sind aufgeweckt, lebhaft, intelligent.	Ausbleiben der charakterlichen und intellektuellen Wesensveränderungen trotz großer Häufigkeit der jahrelang fortbestehenden Anfälle.
Die Anfälle sind in ihrem Ablauf außerordentlich gleichförmig und treten sehr häufig auf.	Keine Aura, keine Beschwerden nach dem Anfall, keine Weiterentwicklung des Anfallbildes.
Die Anfälle beginnen im 6. bis 8. Lebensjahre und verschwinden mit der Pubertät endgültig.	
Gelegentliche therapeutische Wirkung von Milieu- und Klimawechsel.	Keine Beeinflussung durch Luminal.

Zum Schluß meiner Ausführungen sei mir gestattet, Herrn Professor Stertz für die Ueberlassung des Themas sowie für seine außerordentlich freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger.	Die Epilepsie. 2. Auflage 1913.
Bleuler.	Psychiatrie.
Bolten.	Bemerkungen zu dem Aufsatz der Frau Dr. H. Sauer: über gehäufte kleine Anfälle im Kindesalter (Pyknolepsie). Mschr. Psychiatr. 41.
Bumke, O.	Handbuch der Geisteskrankheiten, Springer 28.
Cohn, W.	Über gehäufte kleine Anfälle bei Kindern. Mschr. Psychiatr. 46.
Engelhard, C. F.	Zur Frage der gehäuften kleinen Anfälle. Mschr. Psychiatr. 36.
Friedmann, M.	Zur Auffassung der gehäuften kleinen Anfälle. Mschr. Psychiatr. 38.
Gruhle, H. W.	Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. — Aus dem Handbuch der Geisteskrankheiten. Verlag Springer 1930.
Gütt — Rüdin — Ruttke.	Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.
Heilbronner, K.	Über gehäufte kleine Anfälle. Dtsch. Ztschr. f. Nervenh. Bd. 31.
Homburger, A.	Psychopathologie des Kindesalters. 1926.
Muskens, J.	Epilepsie. 1926.
Oppenheim.	Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 7. Aufl. 1923.
Sauer, H.	Über gehäufte kleine Anfälle im Kindesalter (Pyknolepsie). Mschr. Psychiatr. 40.
Weygandt, W.	Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten.

Lebenslauf.

Am 16. 4. 1909 wurde ich, Walter O t t o B r i x, als Sohn des praktischen Arztes Jacob B r i x in Flensburg geboren. Dort besuchte ich das humanistische Gymnasium bis zum Abitur, welches ich im März 1927 bestand. Sodann studierte ich Medizin. Zuerst in München, dann in Rostock, wieder in München und zuletzt in Kiel, wo ich mein Staatsexamen im März 1933 bestand. Ich war dann bis zum Oktober 1933 an der „Medizinischen Klinik“ der Universität Kiel als Medizinalpraktikant tätig. Den Rest meines Praktikantenjahres erledigte ich auf der „Inneren Abteilung“ des Städtischen Krankenhauses in Schleswig, wo ich am 1. April 1934 die planmäßige Stelle des Assistenten der „Chirurgischen Abteilung“ übernahm, die ich heute noch inne habe.